UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI

PLANO DE ESTUDO PARA CONCLUSÃO DE CURSO

Requerente(nome completo) _____		**Curso:** _____
Requerente(nome social completo) _____		_____ _____
RG _____	**CPF** _____	**Referente ao nº matrícula** _____
E-mail requerente _____		**Telefone** ( ) _____ _____

Carga Horária Integralizada/Pendente – Atual Situação Acadêmica				
	Obrigatórias	Optativos	Complementares	Total
Exigido				
Integralizado				
Pendente				

Componentes Curriculares Obrigatórios Pendentes: ( )Folha Única ( )Folha: 01 /_____(*)		
Código	Componente Curricular	Carga Horária

(*) Caso haja necessidade de mais linhas, favor continuar em formulário complementar, especificando acima a ordem e a quantidade total de folhas(Ex.: 01 / 02 – folha nº 01 de 02 folhas totais), bem como registrando data e assinaturas.

PLANO DE ESTUDO ( )Folha Única ( )Folha: 01 /_____(**)			
Período	Código	Componente Curricular	Carga Horária

(*) Caso haja necessidade de mais linhas, favor continuar em formulário complementar, especificando acima a ordem e a quantidade total de folhas(Ex.: 01 / 02 – folha nº 01 de 02 folhas totais), bem como registrando data e assinaturas.

Termo de Ciência do(a) Requerente

Afirmo ter ciência de que o não cumprimento deste termo poderá ocasionar o cancelamento do meu vínculo discente com a Universidade Federal do Cariri.

_____ Assinatura do(a) Requerente

_____ Assinatura e carimbo do(a) Coordenador(a) do Curso

Universidade Federal do Cariri, _____ de _____ de _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI

PLANO DE ESTUDO PARA CONCLUSÃO DE CURSO

Continuação dos Componentes Curriculares Obrigatórios Pendentes --- Folha: _____/_____(*)		
Código	Componente Curricular	Carga Horária

(*) Caso haja necessidade de mais linhas, favor continuar em formulário complementar, especificando acima a ordem e a quantidade total de folhas (Ex.: 02 / 02 – folha nº 02 de 02 folhas totais), bem como registrando data e assinaturas.

Continuação do Plano de Estudo Folha: _____/_____(**)			
Período	Código	Componente Curricular	Carga Horária

(**) Caso haja necessidade de mais linhas, favor continuar em formulário complementar, especificando acima a ordem e a quantidade total de folhas (Ex.: 02 / 02 – folha nº 02 de 02 folhas totais), bem como registrando data e assinaturas.

Termo de Ciência do(a) Requerente

Afirmo ter ciência de que o não cumprimento deste termo poderá ocasionar o cancelamento do meu vínculo discente com a Universidade Federal do Cariri.

_____ Assinatura do(a) Requerente

_____ Assinatura e carimbo do(a) Coordenador(a) do Curso

Universidade Federal do Cariri, _____ de _____ de _____